

第1号様式（第6条関係）

荒川区アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

荒川区長 宛

(申請者) 住 所 _____
 氏 名 _____
 助成対象者との続柄 _____
 ※1 電 話 番 号 _____
 ※1 日中連絡が可能な番号

荒川区アピアランスケア支援事業助成金を受けるため、荒川区アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添え申請します。

なお、申請するに当たり、住所等の確認のために私の住民登録の閲覧や、必要がある場合に医療機関や調剤薬局等に対して、助成金の交付に必要な情報を照会、診療明細を閲覧することについて同意します。

記

住民記録の閲覧や関係機関への照会の同意		同意する <input type="checkbox"/>	
助成対象者（児）	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	荒川区 町屋・荒川・南千住・東尾久 西尾久・東日暮里・西日暮里	
がんの治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法
			手術・放射線・化学療法 その他（ ）
がんの治療を受けていることを証する書類	お薬手帳・診療明細書・治療方針計画書・その他（ ） ※該当するものを○で囲む。		
助成対象補整具 <small>（購入したものに○を付けてください）</small>	助成金交付申請額		
・ウィッグ （ネット、帽子含む） ・胸部補整具 ・弾性下着	上限3万円であり、上限額以上の記載は3万円とする。 3万円未満の場合は購入実績を記載（税込）		円
他からの助成の有無	有 ・ 無		
振込先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
フリガナ			
口座名義			

対象者が未成年者の場合、保護者が申請することができます。この場合において、「振込先」は、「対象者」又は「対象者の保護者」の振込先口座を記載してください。